

# 有料老人ホーム〇〇〇〇 入居相談書

ご相談者様情報

記入日 平成 年 月 日

ふりがな	性別	満年齢	
氏名	男・女		
現住所 〒 -			
連絡先電話番号1(携帯電話等)		連絡先電話番号2(携帯電話等)	

入居される方の情報

ふりがな	ご相談者様との関係
氏名	
現住所 〒 -	
ご相談内容	
現在の状況(該当するものを で囲んでください)	
現在の介護度	不明 自立 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
麻痺や拘縮	ない あり
寝返りや起上り	できる 何かにつかまればできる できない
立ち上がり	できる 何かにつかまればできる できない
歩行	できる 何かにつかまればできる できない
浴槽の出入り	できる 何かにつかまればできる 介助が必要
食事	できる 手伝いがあればできる 全介助が必要
尿意・便意	ある ときどきある ない
おむつ	しない ときどき使用 いつも使用
薬の内服	できる 手伝いがあればできる できない
視力	普通 あまり見えない ほとんど見えない
聴力	普通 あまり聴こえない ほとんど聴こえない
意思の伝達	普通 ある程度可能 ほとんど伝達できない
もの忘れ	年相応 頻繁にある ひどいもの忘れあり

ご記入されましたら、この用紙をFAX(下記)して下さい。担当者からご連絡させていただきます。  
 FAXが困難な場合は、ご担当のケアマネージャー様にお渡ししてFAXしていただくか、  
 下記事務所にご郵送下さい。  
 この情報は、個人情報保護法および当社規程により、責任を持って適切に保管管理致します。

FAX番号

郵送先 〒 - 群馬県